FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

CHARLES FROSTIN

Né à Questembert (Morbihan), le 18 Octobre 1899

LE PNEUMOTHORAX PARTIEL BILATÉRAL

DANS LE

Traitement de la Tuberculose pulmonaire

DES

Femmes enceintes et accouchées

Président : M. SERGENT, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

VI. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.

MM	
LÉRI.	Clinique médicale.
LŒPER.	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgica
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgica

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédiq chez l'adulte pour les accidentés du trav les mutilés de guerre et les infirmes ad tes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions en dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propr eurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PERE

Dont la vie restera toujours pour moi le plus bel exemple de ce que doit être une carrière médicale.

A MA MÈRE

Bien faible témoignage de mon inaltérable affection et de ma reconnaissance.

A MES SŒURS

A MON ONCLE LE DOCTEUR QUINTIN

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A Monsieur le Professeur SERGENT

Professeur de clinique propédentique
a la Faculté de médecine de Paris
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Hôpital de la Charité
Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et a bien voulu nous faire l'honneur de la présider. Respectueux hommage.

A MON JURY DE THÈSE

A Monsieur le Docteur MIGNOT

Chef de clinique propédentique a la Faculté

Qu'il trouve ici l'expression de notre vive gratitude pour les précieux conseils qu'il a bien voulu nous donner au cours de ce travail.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE NANTES, RENNES ET PARIS

A Monsieur le Docteur AUGIER

Chirurgien de la clinique Saint-Yves, a Rennes

A Messieurs les Docteurs CALOT et FOUCHET

Chirurgiens de l'Institut orthopédique de Berck Plage

A Monsieur le Docteur A. BERNOU

Introduction

Dans un article récent (1), le professeur Sergent, abordant à nouveau le problème de la thérapeutique de la tuberculose pendant et après la grossesse, préconisait une nouvelle méthode de traitement qu'il avait déjà indiqué au Congrès de Lausanne en 1924; il intitulait son dernier travail sur ce sujet : « Le traitement préventif de la tuberculose pulmonaire du post-partum par l'établissement, aussitôt après la délivrance, d'un petit pneumothorax bilatéral ».

Nous nous proposons d'étudier ici cette question. Est-il utile d'en faire ressortir toute l'importance? Son historique seul en fait foi, et si l'influence néfaste de la grossesse et surtout de l'accouchement sur le réveil ou l'éclosion de la tuberculose est aujourd'hui généralement admise, le débat dure encore au sujet de la thérapeutique à employer en pareils cas : les séances de l'Académie de médecine, celles du Congrès de la tuberculose, des Congrès d'obstétrique ont vu maintes fois durant ces dernières années cette grave question revenir à leur ordre du jour et les colonnes des revues d'obstétrique et de phtisiologie furent remplies des discussions qu'elle fit naître.

(1) *Paris Médical*, 1er janvier 1926.

Nous ne nous étendrons pas ici sur les rapports de la grossesse et de la tuberculose, voulant réserver la plus grande partie de cette thèse à l'étude des divers moyens employés pour combattre le bacille de Koch, dnt la nocivité semble accrue, quand il s'attaque à la femme enceinte ou à l'accouchée. La question n'est pas nouvelle et l'historique que nous allons en faire le montrera. Nous ferons suivre cet historique d'un aperçu des diverses thérapeutiques employées jusqu'ici, nous réservant d'étudier ensuite le nouveau mode de traitement que vient d'indiquer aux médecins et accoucheurs, le professeur Sergent.

Historique

Des théories diverses se sont faites jour sur les rapports cliniques et surtout au sujet de l'action de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire.

On tendait autrefois à croire à l'action bienfaisante de la grossesse sur la bacillose. Sims, Rozière de la Chassagne, Cullen, etc..., ont professé cette opinion.

C'est à Louis que revint le mérite de signaler l'influence au contraire néfaste de la gestation sur la tuberculose. En France, Grisolles, Hergott, Grancher, Guéneau de Mussy, le suivirent dans cette voie, tandis qu'à l'étranger, Triedleben, Wirchow, Bumin, Kirschner adoptaient la même doctrine.

A l'heure actuelle, cette opinion est celle de presque tous les médecins et accouheurs, et les paroles suivantes du professeur Pinard, ainsi que celles du professeur Sergent, résument cette doctrine : « Dans la grande majorité des cas, dit le premier, la grossesse, loin d'enrayer la phtisie pulmonaire en accélère au contraire la marche », tandis que rappelant les conclusions du Congrès de Rome, en 1912, le second écrit dans la *Presse Médicale* de 1913 : « Au début de la grossesse, il y a tolérance relative : malgré quelques perturbations surrénales, quelques poussées

fébriles, tout rentre bientôt dans l'ordre. Au milieu de la grossesse il y a une phase d'accalmie correspondant à la phase de rétention calcique dont je vous ai parlé. A la fin de la grossesse et plus tard, aggravation. L'accouchement se passe en général assez bien, mais bientôt la tuberculose subit une évolution rapide, surtout si la mère a l'imprudence d'allaiter ».

A cette note généralement pessimiste, sont venus s'adjoindre quelques adoucissements : « Il faut reconnaître, écrit le professeur Pinard, que quelquefois la maladie n'est influencée ni en bien, ni en mal et que même dans un petit nombre de cas, les symptômes paraissent manifestement arrêtés ». Et dans son Traité de Pathologie, le professeur Sergent, dans son étude sur la tuberculose, note « que la grossesse marque souvent un temps d'arrêt dans l'évolution d'une tuberculose déjà déclarée, alors les jours qui suivent l'accouchement, la maladie reprend sa marche inexorable et se hâte vers l'issue fatale ». Enfin, dans la *Presse Médicale* de juin 1922, les docteurs Dumaret et Brette font également remarquer que la grossesse n'a pas toujours sur la tuberculose, l'influence néfaste constatée dans la plupart des cas.

On peut dire que l'étude thérapeutique a marché parallèlement à cette étude des rapports.

A l'époque où l'on pensait encore, que grossesse et tuberculose s'accordaient et que même la première pouvait favorablement influencer la seconde, l'abstention était logique et de règle.

Lorsqu'on eut mieux compris combien la femme enceinte et l'accouchée voyaient au contraire s'ag-

graver leur tuberculose, on tenta d'une thérapeutique active et de l'abstention on passa au contraire à l'intervention. Tous les auteurs ne partagèrent pas cette dernière façon de voir et depuis lors il y eut deux thérapeutiques de la tuberculose chez la femme : une thérapeutique interventionniste (interruption de la grossesse, stérélisation), une thérapeutique non interventionniste traitant la tuberculose par les moyens de cure habituels, mais se défendant de recourir à l'avortement.

Pasquali, Bompiani en 1886, W. Duncan en 1890, Simpson en 1902, Punche en 1903, et presque toute l'école allemande se firent les défenseurs de l'intervention. En France, le professeur Pinard la condamna nettement, tandis que le professeur Bar, plus éclectique, proclamait, que, bien que n'étant qu'une méthode d'exception, l'intervention pouvait cependant dans certains cas, être la méthode de choix, et le professeur Sergent adopta lui aussi cette dernière façon de voir. A la suite des discussions qu'amena la question, des thèses parurent exposant les diverses opinions, et, parmi celles qui furent publiées avant guerre, citons en 1908, celle de Monnier, un élève du professeur Bar, et en 1903, celle de Colombet, de Lyon.

Mais en 1894, Forlanini imagina une nouvelle méthode de traitement de la tuberculose, qu'a dire vrai, Potain avait déjà exposé : le pneumothorax artificiel. Ce n'est que plus tard, qu'en France cette arme nouvelle passa dans la pratique courante, et c'est nous semble-t-il, Desmarets qui en 1909, contribua le plus à nous la faire connaître.

De ce jour, les discussions, tant sur les rapports de la tuberculose et de la grossesse que sur la conduite à tenir en

pareil cas, se firent encore plus nombreuses tant en France qu'à l'étranger : la liste même en serait trop longue si nous les voulions toutes citer, aussi ne rappellerons-nous que les principaux travaux parus en notre pays. En 1921, Léon Bernard, Rist, Hervé, étudient la question, le premier à la Société d'obstétrique et de gynécologie, le second et le troisième, dans la *Revue de la Tuberculose*. En 1922, le Pr Sergent traite à la Société d'obstétrique et de gynécologie des rapports de la tuberculose et de la grossesse, puis l'Académie met ces questions de rapports et de thérapeutique de la grossesse et de la tuberculose à l'ordre du jour.

La discussion y fut ardente; parmi ceux qui y prirent la plus grande part, il faut citer les professeurs Bar, Pinard, Sergent, Balthazard, Léon Bernard, les docteurs Hergott, Wallich, et la même année, la *Presse Médicale* publiait un article de Dumarest et Brette traitant le même sujet. En 1923, le Congrès de l'association française des gynécologues et obstétriciens à Genève, reprend la question et entend les rapports de Voron, Weymeersch et Olbrechts : le premier d'entre eux publie ensuite dans la *Gazette des Hôpitaux* un article sur la conduite à tenir chez les tuberculeuses enceintes. Puis, Léon Bernard étudie dans le *Paris Médical* les relations de la tuberculose et de la maternité et Metzger traite, à la Société d'obstétrique et de gynécologie, de l'interruption de la grossesse. En 1924, le Congrès de Lausanne reprend les mêmes questions : on y entend le rapport de Fousner, tandis que Sergent et Rist prennent part à la discussion.

Mais, en même temps que tous ces travaux, et ayant comme eux contribué à faire avancer la question, il nous

faut citer les principaux travaux sur le pneumothorax électif et le pneumothorax bilatéral, ceux du docteur Bernou, de Châteaubriant en 1923, la thèse de Guilleminet, de Lyon, parue la même année, les articles du professeur Bezançon et du docteur Jacquelin en 1924, ceux de Gendun, d'Amandrut, enfin en 1925, les travaux de Coulaud, la thèse de Chabaud sur la « bilatéralisation au cours du pneumothorax artificiel et sa thérapeutique », et au début de cette année même, l'article déjà cité du professeur Sergent.

Les Thérapeutiques interventionnistes et non interventionnistes de la tuberculose pendant la grossesse et après l'accouchement.

Ce chapitre général sur les diverses thérapeutiques proposées pour combattre la tuberculose de la femme enceinte et de l'accouchée peut paraître dépasser un peu, le sujet plus spécial que nous nous sommes proposés d'étudier ici. Cependant, on comprendrait mal, qu'exposant une méthode nouvelle, nous ne prenions point en considération celles qui ont été employées jusqu'ici. Nous n'en ferons pas une étude détaillée, nous contentant seulement de les exposer tout en envisageant les critiques qui leur furent faites, en même temps que les avantages qu'elles ont pu procurer.

L'historique nous a montré que les méthodes de traitement de la tuberculose des femmes enceintes et des accouchées, sont au nombre de trois :

L'abstention;

L'intervention;

Le traitement de la tuberculose par les moyens habituels tout en laissant évoluer la grossesse.

Depuis longtemps, personne ne songe plus à la première, que l'on a pu employer autrefois, sous le fallacieux prétexte de la bienfaisante influence de la grossesse sur la tuberculose.

Restent les deux autres : l'intervention et la non-intervention. Nous l'avons déjà dit, les deux méthodes ont eu et ont encore leurs ardents défenseurs. Les auteurs étrangers surtout furent ceux de la première, tandis que l'école française fut, ou plus éclectique, ou franchement contre.

Sans vouloir nous y étendre très longuement, il nous a paru utile d'étudier ici la question de l'interruption de la grossesse, car c'est précisément la gravité de ce moyen qui a poussé le professeur Sergent à chercher ailleurs, un remède plus sûr et moins sujet à caution.

Nous venons de le dire, c'est surtout à l'étranger que la thèse interventionniste (interruption de la grossesse et stérilisation) a trouvé ses plus fervents adeptes.

Déjà, au Congrès de Rome en 1902, la question fut agitée, et des deux rapporteurs, l'un, le professeur Pinard se prononçait nettement contre l'interruption de la grossesse, tandis que le second, Schatau, estimait comme bon, l'avortement précoce avant le troisième mois de la grossesse, et comme indiqué dans les cas bénins s'aggravant progressivement, l'avortement pratiqué même au dernier mois.

Les auteurs italiens Pasquali, Marigliano, la plupart des auteurs allemands, à part l'accoucheur Menge, de Heidelberg, Krauss, Schweizer et quelques autres, les auteurs américains Norris, Elliot et enfin différents autres accoucheurs et chirurgiens de nationalités diverses, prétendent

que la grossesse, l'accouchement, et les suites de couches ont sur les femmes tubrculeuses, une influence constamment défavorable, qu'il est impossible de dire si une tuberculose, bénigne au début de la grossesse, ne se transformera pas par la suite en tuberculose grave évoluant rapidement vers la mort et qu'enfin on risque en n'intervenant pas de sacrifier une femme encore curable pour avoir un enfant sans doute non viable ou futur semeur de germes, tous ces auteurs s'appuyant sur ces arguments conseillaient de pratiquer non seulement l'avortement mais aussi les interventions stérilisantes : excision de la matrice, amputation supra-vaginale, hysterectomie totale, etc., etc.

Mais pratiquée aussi largement et à tout moment de la grossesse, cette méthode ne donna pas de résultats satisfaisants : aussi Walsh en Amérique, dans l'*American Journal of Obstetrics*, s'élevait-il en 1918 contre elle, la traitant de « véritable hystérie », tandis qu'en Allemagne, Schweitzer pouvait écrire dans la *Munch méd. Woch* en 1922 « A moins que l'interruption de la grossesse ne soit faite dans les trois premiers mois, il n'y a pas lieu d'y recourir, car cette interruption ne fait qu'aggraver le pronostic ». Mais c'est en France, que comme en 1902, la méthode interventionniste devait trouver ses adversaires les plus résolus.

Il suffit pour en avoir la preuve, de relire les séances de l'Académie de médecine en 1922 : Cependant, là aussi, la thèse interventionniste, modifiée, débarrassée de ses excès, trouva d'éminents défenseurs et si, dans sa communication du 22 novembre, le professeur Pinard conclut :

« En face d'une femme tuberculeuse en état de gestation : soignez la tuberculose et surveillez la gestation », les professeurs Bar et Sergent montrèrent que dans certains cas bien déterminés, l'intervention peut être justifiée.

Nous ne pouvons rapporter ici les communications des différents médecins et gynécologues qui prirent part à ces débuts : qu'il nous suffise simplement de faire valoir les meilleurs de leurs arguments.

Le professeur Pinard, reprenant ses conclusions du Congrès de Rome en 1902, est nettement anti-interventionniste, et s'appuie pour l'être sur les faits suivants : D'abord, dit-il, tout en reconnaissant l'influence généralement néfaste de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire, il admet cependant les cas heureux où la grossesse va à terme sans risques, ni pour la mère, ni pour l'enfant : en second lieu, il ne croit pas à la tuberculose placentaire et juge impossible de pouvoir dire dans quel sens évoluera une tuberculose se réveillant ou éclatant au début de la grossesse, d'accord en ceci avec le professeur L. Bernard qui répondant à une question du professeur Couvelaire dit : « Je réponds nettement qu'il est impossible d'affirmer devant une poussée évolutive aiguë de tuberculose, qui elle aura nécessairement une issue fatale ». En troisième lieu, il estime avec le docteur Rist que « donner au médecin, un blanc-seing en pareilles matières, l'autoriser à pratiquer l'avortement dès qu'il soupçonne la tuberculose ce serait ouvrir la porte aux abus les plus abominables », enfin, dit-il, avec les docteurs Couvelaire et Rist « jamais la preuve n'a été apportée que l'interruption provoquée de la gestation ait augmenté les chances de survie

des tuberculeuses gravides ». Et il invoque en terminant, le droit du fœtus à la vie et l'autorité de l'enseignement de Tarnier, Budin, Ribemont, Dessaignes et Lepage.

A cette condamnation de la méthode interventionniste, le professeur Bar opposa une méthode plus éclectique. Il admet l'interruption de la grossesse, et même dit-il, l'hysterectomie, mais dans des cas bien déterminés, quand « les lésions tuberculeuses sont encore telles qu'on puisse espérer la guérison, mais où elles sont telles aussi que le médecin averti prévoit qu'elles vont s'aggraver et devenir peut-être incurables : ce sont les cas où l'intervention peut se faire dans les trois premiers mois de la grossesse » et le professeur Bar développa à la suite d'une première communication du professeur Sergent des raisons qu'il avait eues de pratiquer dans certains cas, l'interruption de la grossesse : il est plutôt pessimiste au sujet de l'avenir de la tuberculose gravide: « S'il est vrai, dit-il, qu'il ne soit pas de règle générale, on peut cependant dire que la grossesse constitue un événement sérieux chez toute femme dont la tuberculose est en évolution active au moment de la conception, une catastrophe chez les femmes dont la tuberculose est avancée, bilatérale, un risque réel et parfois très grave chez toute femme menacée de tuberculose active ». Puis il expose les indications de l'interruption de la grossesse : la date récente de celle-ci, l'état des lésions tuberculeuses encore curables, établi par les tests humoraux, telles que la cutiréaction par exemple, « pas toujours probants », d'après le professeur Sergent, par l'ensemble des signes généraux et fonctionnels tels que les suivants : chez une femme connue comme bacillaire,

aggravation dès le début de la grossesse, ou chez une bacillaire traitée par le pneumothorax artificiel, apparition des lésions de l'autre côté. A propos des tests humoraux, Courmont, de Lyon, et Papascostas, ont écrit, en 1923, « qu'ils pensent qu'une séro-agglutination forte permettra généralement de penser que l'évolution de la grossesse se poursuivra sans dommage », et ils croient à des résultats plus constants de la part de cette réaction que de la cuti. Enfin, le professeur Bar ajoute, pour appuyer sa théorie, ce fait que sur les neuf tuberculeuses enceintes dont il a interrompu la grossesse dans les conditions indiquées, huit sont encore vivantes.

Le professeur Sergent se rangea aux côtés du professeur Bar : « En cette délicate et difficile discussion, dit-il, aucune conclusion radicale, systématique, dogmatique ne peut être proposée : il nous faut chercher à établir des distinctions aussi précises que possibles entre les principales conditions qui peuvent se présenter et nous garder de soumettre à une loi commune tous les cas de tuberculose gravidique ». Et dans son article du début de cette année, il ajoute : « Dans cette discussion à l'Académie je me suis attaché à faire la discrimination entre les cas dans lesquels la tuberculose est avérée avant la grossesse et ceux dans lesquels la tuberculose latente jusque là, ne se manifeste qu'à l'occasion de la grossesse ou du post-partum. Cette discrimination est à la base de la conduite à tenir : à chacune des modalités cliniques s'opposent des indications particulières. Il est hors de doute que les divergences portent surtout sur la question si délicate de l'interruption de la grossesse. Cette mesure ne peut être discutée que dans les cas ou, dès le début de la grossesse, au

plus tard avant la fin du troisième mois, on constate des signes évidents d'éclosion tuberculeuse. Ici la décision est pure question de diagnostic clinique » et reprenant ses communications à l'Académie, il ajoute : « Si le médecin estime que le pneumothorax artificiel est insuffisant ou irréalisable — au cas de lésions bilatérales par exemple — et s'il croit que l'interruption de la grossesse peut avoir pour effet d'éteindre l'incendie qui s'allume, il doit avoir la conscience assez haut placée pour ne pas hésiter. J'ai dit, au cours de cette communication et dans mes communications précédentes, que cette décision exigeait la concordance d'un ensemble de conditions qui ne sont pas si fréquemment réunies qu'on puisse craindre une généralisation abusive de cette règle de conduite ».

A la Conférence Internationale de Lausanne en 1924, la question fut reprise, et le rapporteur, le professeur Forssner de Stockholm, concluait qu'à part quelques exceptions très rares, il fallait soigner la tuberculose et ne pas interrompre la grossesse.

Nous ne sommes nullement qualifié pour prendre part dans ces débats. Il est cependant une conclusion, que nous avons, nous semble-t-il le droit d'en tirer, c'est celle que le professeur Sergent lui-même tire dans son article déjà cité, après avoir fait remarquer que l'interruption de la grossesse peut avoir elle-même, les mêmes conséquences redoutables de l'accouchement : à savoir que, l'avortement thérapeutique chez la tuberculeuse enceinte ne peut être qu'une mesure d'exception et qu'il faut, si cela est possible, chercher une autre mode thérapeutique. « Aussi bien, dit-il, suis-je désireux de trouver un moyen moins brutal

et plus constamment efficace », et il écrit aussitôt après, cette phrase, qui pourrait être le titre du chapitre qui va suivre : « Quelle peut donc être la conduite du médecin en face de ce grave problème ? »

Le traitement de la tuberculose du post-portum par le pneumotarax bilatéral.

D'après le professeur Sergent deux éventualités sont à considérer :

1° « Les signes de réveil ou d'éclosion de la tuberculose pulmonaire apparaissent au cours de la grossesse, le plus souvent d'ailleurs au début »;

2° « Ils éclatent après l'accouchement ».

Envisageons d'abord rapidement le premier cas, pour nous arrêter plus longuement au second qui est le principal objet de cette thèse.

Dans la première éventualité, dit encore le professeur Sergent, ou la tuberculose est unilatérale, ou bien elle est bilatérale. Si la tuberculose est unilatérale, un moyen thérapeutique est indiqué : le pneumothorax artificiel. La littérature médicale renferme déjà nombre de cas où cette cure fut appliquée avec succès : le docteur Gendron, de Nantes en a rapporté un, le docteur Rist a communiqué le 14 mars 1921 à la Société française d'obstétrique et de gynécologie, trois cas de tuberulose cavitaire unilatérale grave post-puerpérale, traités par le pneumothorax artificiel.

A la Société médicale des hôpitaux, le 19 octobre 1921,

il présentait une malade atteinte de tuberculose pulmonaire grave, traitée par le pneumothorax artificiel, devenue enceinte ultérieurement et chez laquelle persista l'amélioration obtenue. Et il concluait : « Bien qu'elle implique la suppression fonctionnelle complète d'un poumon, l'existence d'un pneumothorax artificiel ne fait obstacle, ni à l'évolution normale de la gestation, ni au travail, ni à l'accouchement proprement dit » et de son côté le professeur Sergent, après avoir cité une observation du même genre écrit : « Cette observation montre qu'une grossesse, survenue au cours d'un traitement par le pneumothorax a été menée à terme sans incident et que l'accouchement s'est passé normalement ». Enfin le docteur Amaudrut, de Laval, a rapporté dans les Archives médico-chirurgicales de Province de décembre 1922, un cas du même ordre : quatre mois après l'accouchement la femme se portait bien.

Si la tuberculose est bilatérale, « le pneumothorax artificiel, dit le professeur Sergent, n'est guère admissible, — du moins en règle générale, — et les chances de salut se trouvent par conséquent diminuées : c'est là que peut se poser la question de l'interruption de la grossesse »; et le docteur Rist écrit : « Le pneumothorax artificiel ne peut s'appliquer aux lésions pulmonaires d'emblée bilatérale, comme on en rencontre parfois parmi ces tuberculoses si rapidement évolutives qui accompagnent la gestation. »

Etudions maintenant la seconde éventualité.

Ici encore deux cas :

Ou bien la tuberculose éclate peu de jours après l'accouchement, elle est rapidement progressive, bilatérale,

évoluant à grand fracas, avec toutes les allures d'une maladie infectieuse, à tel point que souvent le médecin croit à une infection puerpérale. Là, pas de thérapeutique curative, le praticien est désarmé : la thérapeutique préventive est elle-même bien fragile : c'est l'interdiction de la maternité pour les tuberculeuses de guérison apparente et de date récente; mais, hélas ! souvent cette défense ne sera pas écoutée et souvent aussi la tuberculeuse qui ne devrait pas être enceinte le désirera et le deviendra, alors que la femme saine, qui devrait le devenir, ne le voudra pas et ne le deviendra pas.

Le second cas est pour nous le plus intéressant : ce sont les femmes que nous allons pouvoir soigner et nous ne saurions mieux indiquer ces cas qu'en citant textuellement les paroles du professeur Sergent : « Les femmes dont il s'agit ici ont eu une grossesse et un accouchement qui se sont passés normalement; mais après l'accouchement, elles restent fatiguées, maigrissent, et plus ou moins tôt ou tard commencent à tousser : la tuberculose s'est réveillée sournoisement, lentement, a passé inaperçue : le jour qu'elle est reconnue, les indications thérapeutiques sont réglées par les conditions communes à toutes les formes de tuberculose; ces observations dont je me suis attaché à montrer la fréquence au cours de mon intervention dans la discussion de l'Académie de médecine, sont bien plus fréquentes que ne le croient les accoucheurs : elles sont une des preuves de l'influence de la gestation sur l'éclosion de la tuberculose, et, comme telles, elles contribuent à établir la nécessité de chercher un moyen préventif. Et c'est là que j'en arrive à poser la question du

rôle que peut exercer un pneumothorax bilatéral, établi systématiquement, à titre préventif, chez les accouchées suspectes de tuberculose encore active, sinon évolutive. »

Avant de développer cette indication, nous répondrons d'abord à une question : « Le pneumothorax bilatéral est-il possible ? » La méthode est, en effet, de date récente et si, dès 1909, Forlanini — et après lui Fagnioli, Feldmann, Burnand, Hervé — avait déjà lui-même tenté le pneumothorax bilatéral mais alterné, il faut arriver à ces dernières années pour voir préconiser le pneumothorax bilatéral simultané. C'est Barlow et Kramer qui, en 1922, employant la méthode du pneumo électif, furent des premiers à faire un pneumothorax bilatéral; en 1923, le docteur Bernou, de Châteaubriant, fit paraître dans le *Journal des Praticiens* un article sur le pneumothorax électif où il indiquait qu'il avait ainsi pu réaliser un pneumothorax bilatéral. Le professeur Bezançon, en 1924, rapportait dans la *Presse Médicale*, avec Jacquelin, des cas de pneumos doubles et partiels, et le docteur Coulaud, en 1925, rapportait un cas de pneumo double et complet. Enfin la récente thèse du docteur Chabaud sur « la bilatéralisation au cours du pneumothorax bilatéral et sa thérapeutique », mettait au point la question. De tous ces travaux, il résulte que malgré les opinions de Rolland, de Hilton, qui pensaient que ni l'air, ni le sang ne circulaient dans le poumon collabé, on peut dire aujourd'hui que le pneumothorax bilatéral simultané, surtout partiel, est possible; c'est même, dit le docteur Chabaud, une excellente méthode, et il ajoute que « s'il existe quelques complications, la crainte d'anoxhémie ne doit pas entrer en ligne

de compte, le nombre suffisant de pneumos simultanés effectués jusqu'à ce jour étant le meilleur garant de son inexistence ». De son côté, le professeur Bezançon « a pu appliquer le pneumothorax partiel bilatéral simultané à trois malades qui l'ont parfaitement toléré et l'un d'eux, observé depuis plus d'un an, en a déjà nettement bénéficié ». Le docteur Bernou rapporte également deux cas où il put faire un pneumothorax bilatéral qui fut bien toléré. Une réserve s'impose cependant : c'est un traitement difficile à conduire, mais qui peut être mené à bien lorsqu'il est confié à un spécialiste au courant de la question.

Quelles sont maintenant les indications du pneumothorax bilatéral, partiel, simultané ? Nous ne sortirons pas de notre sujet et ne nous occuperons pas de celles qui peuvent se présenter en dehors de la grossesse. L'indication, ici, nous est nettement donnée par le but de la méthode : elle n'est point tant en effet une méthode curative qu'une méthode préventive qui devra, suivant les paroles du professeur Sergent, « être établie systématiquement chez les accouchées suspectes de tuberculose encore active, sinon évolutive; chez les femmes qui, dans un passé plus ou moins proche ou lointain, avaient été incontestablement atteintes de lésions pulmonaires tuberculeuses, mais qui, pendant leur grossesse, ne présentaient plus aucun signe d'activité évolutive ». Et la thèse du docteur Chabaud semble nous fournir une indication de plus, car il nous fait remarquer que chez les tuberculeuses porteuses d'un pneumo unilatéral artificiel, on assiste souvent pendant la grossesse et « la plupart du temps, dit-il, après le post-

partum, avec un maximum de fréquence durant les huit mois qui suivent le traumatisme obstétrical », à une bilatéralisation des lésions qui obligera à faire un pneumothorax de l'autre côté; si la méthode préconisée par le professeur Sergent doit prévenir cette bilatéralisation, ne vaut-il pas mieux, dans ce cas encore, l'appliquer immédiatement ?

Quand faudra-t-il faire le pneumothorax bilatéral ? Les observations que nous citons plus loin nous répondent : immédiatement après l'accouchement, le jour même, car il n'y a pas de temps à perdre. Faudra-t-il craindre que la femme qui, il y a quelques heures à peine, accouchait, ne puisse supporter cette intervention ? Le professeur Sergent répond à cette question en disant : « Je n'ai pas eu la moindre appréhension, j'ai simplement considéré que l'intervention ne devait être réalisée que si la patiente se trouvait dans un état général résistant et qu'elle devait être différée ou rejetée si la patiente était en état de choc ou de grande faiblesse. »

Les contre-indications sont limitées; trois observations produites par le professeur Sergent ayant montré que trois tuberculeuses évolutives traitées avaient bien supporté les insufflations bilatérales d'emblée, il ne reste à éviter que les femmes dont l'état général est trop déficient ou les tuberculeuses trop avancées, telles que les cachectiques phtisiques.

Comment faire le pneumothorax ? Il sera, nous l'avons dit, bilatéral d'emblée et partiel. Mais importe-t-il d'insuffler un côté le premier de préférence à l'autre ? Chez les tuberculeuses évolutives traitées par le professeur Sergent,

l'insufflation a débuté par le côté le plus atteint. Le professeur Bezançon recommande également de commencer par ce côté; mais cette question importe guère, puisqu'il s'agira le plus souvent de pneumothorax fait à titre préventif et qu'alors, nous semble-t-il, il est indifférent d'insuffler d'abord l'un ou l'autre côté.

Comment conduire le pneumothorax et quand l'abandonner ? On ne peut poser ici de règles précises étant donné que l'on a affaire à une question d'espèces, de cas. Cependant il faut avoir présent à l'esprit ces deux notions : d'abord, le pneumothorax bilatéral sera un pneumothorax partiel, temporaire, qu'il conviendra donc d'abandonner peu à peu suivant les indications fournies par l'état de la malade; en second lieu, si le pneumothorax a été fait non plus simplement à titre préventif mais aussi curatif et que l'un des deux poumons est seul, cliniquement, atteint ou le plus atteint, il faudra persister à faire les insufflations du côté malade, alors qu'on les aura déjà abandonnées du côté sain. D'ailleurs l'observation V fournie par le professeur Sergent et les indications données par le professeur Bezançon et le docteur Jacquelin, que nous allons rapporter, peuvent servir d'exemple à la conduite du traitement. L'observation du professeur Sergent est très instructive à ce sujet. La femme est porteuse de lésions des deux côtés, celles de gauche étant plus accentuées. Deux jours après l'accouchement, on fait, le 9 juin, une insufflation à gauche de 400 centimètres cubes : pression, 9,5; le 10, on insuffle à droite 400 centimètres cubes : pression, 11,7; le 13, insufflation droite 300 cm3 : pression, 6,4; le 16, à gauche, 400 cm3 : pression, 8,5-5; le 18, à gauche, 400

cm3 : pression, 6,5-4; le 24, à droite, 400 cm3 : pression, 7-4,5; le 27, à droite, 400 cm3 : pression, 6,5-4. A ce moment les lésions à droite semblent assagies; on reprend le 6 juillet les insufflations à gauche, mais prudemment et en les espaçant pour ne pas réveiller les lésions droites. A partir du 28, on entretient des pressions de 1 à 0. A la fin de septembre, on tente d'espacer les insufflations : trois semaines au lieu de 2. Mais il se produit une petite poussée fébrile avec expectorations bacillifère et le poumon montre une image cavitaire à son sommet. On rapproche les insufflations et on pousse ce pneumothorax unilatéral de façon à réaliser un collapsus complet qui réduit au silence les lésions gauches.

Après avoir envisagé la conduite à tenir au cas où, au cours d'un pneumothorax pour lésions unilatérales, il y a inversion secondaire de l'autre poumon, le professeur Bezançon donne les règles suivantes du pneumothorax bilatéral d'emblée : « Les deux pneumothorax seront amorcés presque simultanément. On commencera toutefois par le côté le plus atteint et on conduira la compression de ce côté d'une manière plus active et plus énergique pour atteindre un refoulement de 6 à 8 centimètres contre 3 à 4 seulement du côté opposé. En opérant ainsi, l'hématose sera proportionnellement moins troublée, puisque le poumon le plus apte à l'assurer sera également le moins collabé. »

Comment agit le pneumothorax partiel bilatéral simultané chez les tuberculeuses accouchées ?

Il n'agit pas par une immobilisation des lésions qu'il ne peut réaliser, « il place seulement, dit le professeur Bezan-

çon, dans un repos relatif les zones tuberculeuses », et il ajoute que ce mode d'action est d'ailleurs mis en évidence par les modifications parfois immédiatement favorables (forces, appétit, chute de température, arrêt des hémoptysies) qui suivent la deuxième et même la première insufflation du pneumothorax unilatéral.

Mais, chez l'accouchée, il intervient une autre cause d'action, celle qui, d'ailleurs, détermina le professeur Sergent à employer ici le pneumothorax bilatéral partiel comme méthode préventive : « Monsieur Bar, écrit-il, a pensé que la décompression brusque du poumon du fait de la délivrance et de la descente de l'utérus pouvait peut-être expliquer le réveil brutal de la tuberculose dans les jours qui suivent l'accouchement. En effet, l'efficacité du pneumothorax artificiel dans la tuberculose pulmonaire a pour cause essentielle la compression et l'immobilisation du poumon; lorsque les insufflations pleurales sont mal faites, mal surveillées, insuffisantes ou trop espacées, il est fréquent de voir la décompression suivie de reprise des signes évolutifs. D'autre part, l'observation clinique des femmes en évolution tuberculeuse, qui deviennent enceintes, permet de constater la fréquence des accalmies après les premiers mois de la grossesse, et la reprise d'activité évolutive des lésions après l'accouchement. Or, si on fait systématiquement l'examen radiologique des femmes enceintes (tuberculeuses ou non), on constate que, dans les dernières semaines de la grossesse, le diaphragme est profondément refoulé dans le thorax par l'utérus gravide et que les poumons sont, en quelque sorte, tassés dans la cage thoracique. Aussi comprend-on l'intervention pos-

sible, sinon certaine, de ce facteur mécanique dans l'accalmie de la tuberulose à la fin de la grossesse et dans le réveil bruyant de cette tuberculose après l'accouchement, avec la fin de la compression des poumons. Partant de cette idée, j'ai pensé, avec le professeur Bar, qu'il serait logique d'éviter les effets de cette décompression brusque en cherchant à maintenir la compression à l'aide d'un petit pneumothorax bilatéral, entretenu pendant quelque temps, puis progressivement abandonné ou, au contraire, continué au cas de signe de réveil unilatéral ou bilatéral. »

Quels résultats peut-on attendre du pneumothorax partiel bilatéral après l'accouchement ? Nous rapportons plus loin sept des observations qu'a bien voulu nous fournir le professeur Sergent et une observation personnelle. Dans deux autres cas on tenta également le traitement, mais c'étaient des femmes chez qui la totalité des deux poumons présentait des lésions ulcéro-caséeuses étendues, qui ne permirent d'obtenir aucun résultat : elles moururent quelques semaines après l'accouchement.

Dans les huit autres cas, nous trouvons quatre femmes qui avaient des lésions pulmonaires en évolution avant l'accouchement (Observations I, IV, V et VIII) et quatre chez lesquelles il n'y avait, à ce moment, plus de signes de lésions en évolution (Observations II, III, VI et VII).

L'accouchée de l'observation I vécut encore deux ans après son accouchement; celle de l'observation IV accoucha en juin 1925 et en octobre 1925, à la fin des insufflations, gardait un état général excellent; celle de l'observation V, porteuse de lésions bilatérales chez qui on pouvait craindre une recrudescence de ces lésions, supporta très

bien les insufflations et a gardé elle aussi un excellent état général.

Les accouchées des observations VI, VII et VIII ont eu, du traitement, de très heureux résultats : leurs grossesses et accouchements se sont passés sans incidents et il n'y eut chez elles aucun réveil de bacillose. Celle de l'observation II mena à bien sa grossesse; elle avait des signes de condensation fibreuse du sommet droit; elle eut quelques insufflations, et mourut cinq mois après l'accouchement, mais d'une localisation de la tuberculose sur ses méninges. Enfin, celle de l'observation IV était une femme chez laquelle on trouvait des signes de condensation du lobe supérieur du sommet droit et qui avait eu des hémoptysies; un pneumo fut institué sitôt après l'accouchement, son état général resta excellent et il ne fut constaté aucun réveil des lésions anciennes.

Nous notons donc : deux cas où l'étendue des lésions ne permettait plus d'espoir d'obtenir un résultat, un cas où la femme vécut encore deux ans après son accouchement, un où la mort fut due non à la tuberculose pulmonaire, mais à une méningite. Six cas enfin entièrement favorables. Quand le nombre d'observations apportées se sera accru, on pourra mieux juger encore de l'efficacité de la méthode, mais, dès à présent, d'après ces quelques cas, nous croyons pouvoir affirmer que, si le pronostic amélioré chez les femmes dont les lésions évoluent encore au moment de l'accouchement, reste néanmoins douteux, il paraît excellent chez celles dont les lésions sont silencieuses à cette époque et à qui l'on fait le pneumothorax partiel bilatéral à titre préventif; or, n'oublions pas que c'est là sa principale indication.

Observations

OBSERVATION I (*publiée par M. le professeur Sergent*)

P. Y..., 25 ans, femme de chambre.

Est malade (amaigrissement, fièvre légère, toux et expectoration) depuis octobre 1922.

Entre le 1er décembre 1922 à la Charité : elle est enceinte de quelques semaines et présente un état général encore bon, malgré un léger amaigrissement, des sueurs nocturnes, toux fréquente, une expectoration peu abondante, une voix un peu rauque.

Examen de l'appareil respiratoire. — Quelques ganglions sus-claviculaires.

A l'auscultation : signes d'induration et de début de ramollissement du sommet droit avec intégrité à peu près complète du poumon gauche. A la radio : à droite, trois petites zones claires d'aspect cavitaire; à gauche, sommet nuageux. Espace rétro-cardiaque irrégulièrement obstrué.

Reprend du poids, sort de l'hôpital le 27 mars, pour aller au Sanatorium.

Vient accoucher en août 1923, à Tarnier.

Immédiatement après l'accouchement: pneumothorax bilatéral.

Rentre à nouveau chez le professeur Sergent ou le pneumothorax est continué. Au total, 41 insufflations bilatérales de chacune 120 cm3. A la dernière séance, le côté droit seul put être insufflé (150 cm3).

A ce moment : bon état général, apprécié à l'insufflation : en arrière, on entend le murmure vésiculaire; à droite, en avant, crépitations dans l'aisselle.

Quitte la Charité en septembre 23 pour aller au Sanatorium, qu'elle quitte en novembre 23, car à ce moment son état général s'altère et elle fait quatre à cinq petites hémoptysies. Troisième séjour à la Charité du 12 au 19 novembre 24. Poussée évolutive avec amaigrissement. Meurt à l'hôpital Saint-Joseph en août 1925.

Enfant vivant âgé de 2 ans, bien portant.

En résumé, tuberculose infiltrante chez une femme enceinte améliorée par le pneumothorax : survie de deux ans.

OBSERVATION II (*publiée par M. le professeur Sergent*)

Madame T..., 35 ans, concierge.

Entre à la Charité le 15 mai 1923, malade depuis 1918 : a fait plusieurs hémoptysies. Diminution des accidents.

A son entrée, est enceinte de 6 mois et demi. Elle est fatiguée, toussant, crachant.

A l'auscultation : sonorité diminuée et vibrations exagérées sous la clavicule droite, respiration rude et soufflante. Craquements. Sommet gros à la radio.

Quitte la Charité en mai 1923 et accouche en août à Tarnier.

Pneumothorax bilatéral le jour de l'accouchement : pas de renseignements sur l'évolution et les insufflations.

La malade quitte Tarnier en bon état et passe quelques semaines à la campagne. Le pneumo paraît avoir été rapidement abandonné.

Mort à Paris de méningite en janvier 1924.

En résumé : tuberculose ayant évolué avant l'accouchement, traitée. Mort d'une autre localisation.

OBSERVATION III (*publiée par M. le professeur Sergent*)

Madame G..., 31 ans.

Antécédents chargés au point de vue bacillaire.

A fait, il y a trois ans, en 1922, une fausse-couche; en 1922, une grippe avec petite hémoptysie, puis une pleurésie sèche avec fièvre, température, expectoration, amaigrissement.

En juin 1925 : hémoptysie, B. K. dans les crachats, poussée fébrile. Entre à la Charité où la radio et l'auscultation révèlent des signes de condensation congestive du lobe supérieur droit avec pleurité du sommet. Est enceinte de quelques semaines. L'idée de l'interruption de la grossesse est repoussée, la malade s'améliorant. La malade accouche prématurément en janvier 1926. Aussitôt on institue un pneumothorax partiel double. Trois insufflations sont faites sans incident et aucune menace de réveil des anciennes lésions ne s'annonce.

OBSERVATION IV (*publiée par M. le professeur Sergent*)

Madame S...., 22 ans.

Entre à la Charité en juillet 1924, présentant des signes d'infiltration du lobe supérieur gauche avec état subfébrile et expectoration bacillifère.

On fait le 11 juillet un pneumo gauche : caverne nette dans le moignon. Insufflations faciles. La malade sort améliorée le 25 août. Les insufflations sont régulièrement continuées.

Devient enceinte en septembre 1924.

En novembre : épanchement séro-fibrineux ponctionné.

Accouchement en juin 1925.

On pratique immédiatement, malgré l'absence de lésions à droite, un petit pneumothorax bilatéral, passager, vite abandonné en l'absence de tout signe d'évolution bacillaire à droite. A gauche on l'entretient.

En octobre 1925, les insufflations deviennent impossibles, l'épanchement se transformant en sclérose crahésive. Etat général excellent.

Le côté droit demeure intact : on y a fait quatre insufflations préventives pendant un mois, après l'accouchement.

En résumé : tuberculose évoluant avant la grossesse : pneumothorax gauche pendant la grossesse, pneumo droit temporaire après l'accouchement. Persistance d'un très bon état général malgré l'abandon du pneumo gauche par suite d'une symphyse.

OBSERVATION V (*publiée par M. le professeur Sergent*)

Madame X..., 24 ans.

Premières manifestations de tuberculose pulmonaire en août 1924 : laryngite, toux, anorexie.

Devient enceinte en septembre : malgré une hémoptysie et une poussée fébrile en novembre, la grossesse se poursuit normalement.

Entre en janvier à l'hôpital. A l'auscultation on lui trouve à droite, sous la clavicule, une respiration rude et quelques râles crépitants fins, avec quelques sibilants après la toux; à gauche, respiration rude. B. K. dans les crachats. En mai 1925, râles humides dans l'espace interscapulo-vertébral gauche; à la radio, aspect en mie de pain.

Pneumothorax bilatéral partiel double après l'accouchement de deux jumelles le 6 juin.

Le 9 juin, insufflation gauche, 400 centimètres cubes;

Le 10 juin, insufflation droite, 400;

Le 11 juin, côté gauche, 400;

Le 13 juin, côté droit, 300;

Le 16 juin, côté gauche, 400;

Le 18 juin, côté droit, 400;

Le 24, côté gauche, 400;

Le 27, côté droit, 400.

Pas d'incidents. On arrête les insufflations à droite. En juillet on les reprend prudemment et en les espaçant à gauche. En septembre, on espace davantage ces insufflations gauches ; petite poussée fébrile, expectoration bacillifère, image caviteuse. Les reinsufflations sont rapprochées : tout rentre dans l'ordre, reprise de l'état général.

En résumé : tuberculose prédominante côté gauche, évoluant avant la grossesse. On pouvait craindre une recrudescence des lésions bilatérales après l'accouchement. Le pneumothorax bilatéral semble avoir conjuré cette menace.

Observations VI et VII (*rapportées par M. le Pr Sergent*)

« Il s'agissait de jeunes femmes qui avaient été soignées quelques années auparavant pour des lésions pulmonaires, dont la nature tuberculeuse avait été démontrée par la constatation du bacille de Koch dans les crachats. Bien qu'elles ne présentassent aucun signe de réveil de leurs anciennes lésions, on me consultait pour savoir si, étant donné qu'elles commençaient une grossesse, je ne jugerais pas opportun de conseiller l'interruption de la grossesse. Je repoussai cette suggestion, dont il n'y avait aucune indication, et je conseillai, en m'appuyant sur mes observations antérieures, de faire, à titre de sécurité, un petit pneumothorax bilatéral après l'accouchement. Mon avis fut suivi : les deux jeunes femmes ont mené leurs grossesses à terme sans incident : elles ont accouché, l'une il y a quinze mois, l'autre il y a dix mois; elles se portent très bien et leurs enfants aussi. »

Observation VIII

Observation personnelle recueillie à la Charité dans le service de M. le professeur Sergent

Madame B..., 26 ans, couturière.

Madame B... a des antécédents héréditaires chargés au point de vue bacillose.

Depuis janvier 1925 elle est en traitement : on lui a fait un pneumothorax du côté droit pour tuberculose du sommet de ce côté. Elle est restée jusqu'en août 1925 à la Charité.

En novembre 1924 elle fit deux hémoptysies avec poussée de température à 39°. Sous l'influence de son pneumothorax la malade a vu son état s'améliorer.

En janvier 1926, elle entre à nouveau à la Charité; elle est enceinte de trois mois et demi. A cette époque l'auscultation du sommet révèle encore quelques craquements. Le 6 janvier, elle expulse un œuf mort depuis six semaines environ : on lui fait le lendemain une première insufflation à droite; le 10, seconde insufflation : légère hémoptysie et température à 38°. Le 12 on fait à gauche une insufflation de 400 gr., que l'on renouvelle le 15. Un pneumothorax partiel bilatéral est ainsi entretenu jusqu'au 25 janvier. A partir de cette époque on n'entretient plus que le côté droit : la température est tombée aux environs de 37°, la malade a repris du poids et aujourd'hui, sauf une laryngite qui persiste depuis janvier, son état est satisfaisant.

Conclusions

I. — Il est classique aujourd'hui d'admettre que, sauf quelques cas heureux, la grossesse et surtout l'accouchement ont sur la tuberculose pulmonaire une influence néfaste.

II. — Les traitements proposés jusqu'ici n'ont guère pu améliorer ce mauvais pronostic, et l'interruption de la grossesse, si elle est indiquée dans certains cas, n'en reste pas moins une méthode grave et exceptionnelle.

III. — La gravité de ce dernier moyen a poussé médecins et gynécologues à rechercher une thérapeutique plus active et moins sujette à caution : le pneumothorax partiel, bilatéral, préconisé par M. le professeur Sergent, nous semble être cette thérapeutique de choix de la tuberculose au post-partum. Si cette méthode, employée à titre curatif, donne des résultats moins constamment heureux, il semble qu'employé à titre préventif elle doive en don-

ner d'excellents; étant données son innocuité et, au contraire, l'extrême gravité des tuberculoses du post-partum, nous estimons qu'il y a tout intérêt à l'employer.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

SERGENT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. LAPIE.

Bibliographie

AMANDRUT. — « Grossesse et accouchement évoluant normalement au cours d'une tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax artificiel. » — *Archives médico-chirurgicales de province*, décembre 1292.

BAR. — « Tuberculose et grossesse », VII[e] Congrès de la tuberculose.

LÉON BERNARD. — « Relations de la tuberculose et de la maternité. Gestation. Accouchement. Lactation. » — *Paris Médical*, janvier 1923. Communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, mars 1921.

BERNOU. — « Le pneumothorax électif est-il possible ? ». — *Journal des Praticiens*, juillet 1923. — « Pneumothorax électif et pneumothorax bilatéral ». — *Journal météorologique et médical de Leysin*, janvier 1925.

BEZANÇON et JACQUELIN. — *Presse Médicale*, 1924 : « Pneumothorax partiel bilatéral simultané ».

BURNAND. — « Etude sur la tuberculose. Effets et résultats thérapeutiques du pneumothorax dans la tuberculose pulmonaire ». — Masson, 1922.

CHABAUD. — « La bilatéralisation au cours du pneumothorax artificiel et sa thérapeutique ». — Thèse de Paris, 1925.

CHIRIE et WALTHER. — « L'avortement provoqué dans la tuberculose pulmonaire compliquée de grossesse ». — *Bulletin médical de Paris*, 1922.

COLOMBET. — « Conduite à tenir en présence d'une femme enceinte atteinte de phtisie pulmonaire ». — Thèse de Lyon, 1913.

COULAUD. — *Société médicale des Hôpitaux*, 29 mai 1925.

COURMONT et PAPACOSTAS. — « Etude de la séro-agglutination des B. K. chez les femmes tuberculeuses et de ses variations avant et après l'accouchement. » — *Société de Biologie*, juillet 1923.

DUMAREST et BRETTE. — « Grossesse et tuberculose ». — *Presse médicale*, juin 1922.

ELLIOT. — *American Rev. of Tuberc.*, 1920-21.

FAVRE THOMAS. — « Tuberculose et puerpuéralité. Essai critique des indications de l'avortement provoqué dans la tuberculose pulmonaire ». — Thèse de Paris, 1905.

FORSSNER. — Rapport à la Conférence internationale de Lausanne en 1924, sur les relations entre l'état de gestation et la tuberculose, in *Revue de la Tuberculose*, 1924.

GENDRON. — « Collapsus provoqué successif des deux poumons pour tuberculose : grossesse normale ultérieurement ». — *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, décembre 1922.

HEMBURGER. — « De la nécessité d'interrompre la grossesse chez les femmes tuberculeuses ». — *Berlin. Klin. Woch.*, 1902.

HERVÉ. — « Grossesse et pneumothorax », juillet 1922.

JEANNIN. — « Grossesse et tuberculose (rapport de la). » — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, janvier 1922.

MARIGLIANO. — « Tuberculose et grossesse au point de vue thérapeutique ». — *La Clinica Ostétr.*, 1906.

MELION. — « Grossesse et tuberculose ». — *Jeitsch. f. Tuberc.*, 1923.

METZGER. — « A propos de l'interruption de la grossesse ». — *Bull. Soc. d'Obstétr. et Gynéc.*, Paris, 1923.

MONNIER. — « Considérations sur les rapports de la tuberculose et de la grossesse ». — Thèse de Paris, 1908.

NORRIS. — *The Americ. Journ. of Obstetrics*, 1916.

PINARD. — « De l'avortement soi-disant thérapeutique chez les femmes tuberculeuses en état de gestation. » — *Bulletin Médical*, juin 1922.

RAILLIET. — *Archives médico-chirurgicales de Province*, octobre 1922.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Traité d'Obstétrique.

RIST. — « Tuberculose pulmonaire et gravidité ». — *Rev. de la Tuberculose*, 1921. — Communication à la Société d'Obstétrique et Gynécologie, janvier 1922.

SCHWEITZER. — « L'interruption de la grossesse et des interventions stérélisatrices dans la tuberculose du poumon et du larynx ». — *Münch. Med. Woch.*, 1922.

SERGENT. — « Tuberculose et grossesse ». — *Presse Médicale*, juillet 1913. — Conférence internationale de Lausanne 1924, in *Rev. de la Tuberculose*, 1924. — Traité de Pathologie. — « Traitement préventif de la tuberculose pulmonaire du post partum ». — *Paris Médical*, 2 janvier 1926.

— « Rapports de la tuberculose pulmonaire et de la gestation ». — *Bulletin de la Société d'Obstétrique*, janvier 1922.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE LEYSIN. — « Grossesse et tuberculose pulmonaire », in *Presse Médicale*, juillet 1924.

VORON, WEYMEERSCH et OLBRECHTS. — Rapport au Congrès de l'Association française des gynécologues et obstétriciens à Genève en août 1923.

VORON. — « Conduite à tenir chez la tuberculeuse enceinte ». *Gazette des Hôpitaux*, 1923.

WALSH. — *American Journ. of Obstetrics*, 1918.

WINTER et OPPERMANN. — « Tuberculose et grossesse ». — *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1923.

BAR, CHAUFFARD, PINARD, SERGENT, BALTHAZARD, HERGOTT, L. BERNARD. — « Grossesse et tuberculose ». — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 14, 21, 28 novembre, 12 et 19 décembre 1922.

Imp Commerciale Perrette, Limoges.

291

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE